

VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

CLINICAL-FUNCTIONAL VULNERABILITY OF OLDER ADULTS LIVING IN LONG-TERM CARE FACILITIES

Gabrielly Batista Leite Marques¹, Tatiane da Costa Raposo¹, Yasmin Andrade Resende¹, Keity Cristina Bueno Perina¹, Viviane Gontijo Augusto¹, Virgínia Vitalina de Araújo¹ e Fernandes Lima¹

¹ Universidade do Estado De Minas Gerais (UEMG), Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional tem impulsionado a crescente demanda por cuidados prolongados, especialmente em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Neste contexto, torna-se essencial identificar o grau de vulnerabilidade clínico-funcional dessa população para subsidiar ações de cuidados mais direcionadas. **Objetivo:** Avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos institucionalizados utilizando o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), em duas ILPIs. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal. Os participantes foram idosos com 60 anos ou mais, residentes há pelo menos três meses nas instituições, com capacidade cognitiva preservada, conforme triagem pelo 10-point Cognitive Screener (10 CS). Foram utilizados três instrumentos: ficha de identificação sociodemográfica e clínica, 10CS e IVCF-20. A coleta foi realizada mediante entrevistas individuais. Os dados foram analisados por estatística descritiva, incluindo frequências, médias, desvios-padrão e intervalos. **Resultados:** Participaram 20 idosos com média de idade de $74,1 \pm 7,3$ anos, predominância masculina (60%) e tempo médio de institucionalização de $7,2 \pm 6,3$ anos. Todos apresentaram comorbidades (média $2,3 \pm 1,2$), as mais prevalentes foram hipertensão, diabetes e transtornos de humor. Quanto à classificação pelo IVCF-20, 30% foram considerados robustos, 40% em risco e 30% frágeis, com maior comprometimento nos domínios mobilidade, humor, autopercepção de saúde e comorbidades múltiplas. **Conclusão:** O estudo identificou distintos níveis de vulnerabilidade clínico-funcional entre os idosos avaliados, distribuídos entre robustos, em risco de fragilização e frágeis. A maioria apresentou risco de fragilização, evidenciando a necessidade de avaliações sistemáticas com instrumentos validados como o IVCF-20 para orientar o cuidado, o monitoramento e intervenções individualizadas nas ILPIs.

Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Fragilidade; Vulnerabilidade; Saúde do Idoso.

Abstract

Introduction: Population aging has increased the demand for long-term care, particularly in Long-Term Care Facilities (LTCFs). In this context, identifying the degree of clinical-functional vulnerability in this population is essential to support more targeted care strategies. **Objective:** To evaluate the clinical-functional vulnerability of institutionalized older adults using the Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20) in two LTCFs. **Methodology:** This is an observational, descriptive, and cross-sectional study. Participants included older adults aged 60 years or older, residing in the institutions for at least three months, with preserved cognitive capacity according to the 10-Point Cognitive Screener (10-CS). Three instruments were used: a sociodemographic and clinical identification form, the 10-CS, and the IVCF-20. Data collection was conducted through individual interviews performed by trained evaluators. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, means, standard deviations, and ranges. **Results:** A total of 20 older adults participated, with a mean age of 74.1 ± 7.3 years, predominantly male (60%), and an average institutionalization time of 7.2 ± 6.3 years. All participants presented comorbidities (mean 2.3 ± 1.2), with hypertension, diabetes, and mood disorders being the most prevalent. According to the IVCF-20 classification, 30% were considered robust, 40% at risk, and 30% frail, with greater impairment in the domains of mobility, mood, self-perceived health, and multiple comorbidities. **Conclusion:** The study identified distinct levels of clinical-functional vulnerability among the older adults evaluated, categorized as robust, at risk of frailty, or frail. Most participants were classified as at risk of frailty, highlighting the need for systematic assessments using validated instruments such as the IVCF-20 to guide care, continuous monitoring, and individualized interventions in long-term care facilities.

Keywords: Long-Term Care Facilities; Frailty; Vulnerability; Aged Health

Recebido em: 28-11-2025

Publicado em: 08-10-2026

Autor correspondente

Virgínia Vitalina de Araújo e Fernandes Lima

Endereço: Av. Paraná, 3001, Belvedere, Divinópolis-MG.

E-mail: virginiavita@gmail.com

1. Introdução

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno crescente e irreversível. Estima-se que até 2060, mais de 25% da população nacional terá 60 anos ou mais, o que traz impactos

significativos sobre os sistemas de saúde e de cuidado social. O aumento da expectativa de vida está diretamente relacionado ao aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacidades funcionais entre os idosos, exigindo ações

voltadas para a promoção da autonomia, prevenção de agravos e qualificação do cuidado¹.

Nesse contexto, a vulnerabilidade e a fragilidade são condições clínicas centrais na avaliação da população idosa. A vulnerabilidade representa uma propensão aumentada ao adoecimento e à dependência, enquanto a fragilidade é uma síndrome multifatorial relacionada à diminuição da reserva fisiológica e da resistência a estressores, frequentemente associada a desfechos adversos como quedas, hospitalizações e óbito^{1,2}. Importante ressaltar que nem todo idoso vulnerável é frágil, mas todo idoso frágil já se encontra em situação de vulnerabilidade.

Diversas ferramentas foram desenvolvidas para rastrear essas condições. O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – IVCF-20, criado e validado no Brasil, é um instrumento multidimensional de rápida aplicação e baixo custo, que permite classificar idosos como robustos, em risco ou frágeis. Esse instrumento tem se mostrado sensível não apenas para rastrear fragilidade, mas também para prever qualidade de vida insatisfatória, morbimortalidade e uso intensivo de serviços de saúde, especialmente em idosos com escore ≥ 11 ³.

Estudos recentes apontam que fatores como idade avançada, presença de comorbidades, polifarmácia e baixa escolaridade estão fortemente associados a maiores escores no IVCF-20, o que reforça sua utilidade clínica e epidemiológica. Por outro lado, a prática regular de atividade física surge como fator protetor, reduzindo em até 60% a chance de vulnerabilidade¹. Esses achados corroboram a importância do rastreamento sistemático e precoce em ambientes onde o grau de dependência

tende a ser elevado, como nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

A literatura também destaca a forte relação entre fragilidade e componentes da aptidão física, como força muscular, mobilidade e velocidade da marcha. Uma meta-análise conduzida por Navarrete-Villanueva et al.⁴ com mais de 13 mil participantes demonstrou que a velocidade habitual da marcha é o marcador de aptidão física mais fortemente associado à fragilidade, seguido da capacidade aeróbica e da força de membros inferiores. Esses achados reiteram a importância de incorporar testes funcionais e avaliações estruturadas na rotina institucional.

Apesar da existência de instrumentos validados para rastreamento da fragilidade e da vulnerabilidade clínica no idoso, como o IVCF-20, ainda são escassos os estudos que aplicam esse índice de forma sistemática no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Essas instituições concentram idosos com maior risco de dependência funcional e desfechos adversos, exigindo estratégias preventivas e planejamento assistencial estruturado. Assim, a aplicação do IVCF-20 em ILPIs permite a identificação de padrões de risco, contribuindo para o direcionamento de recursos e de intervenções mais eficazes por parte das equipes de saúde.

Adicionalmente, observa-se uma lacuna de dados que descrevam de forma estruturada o perfil clínico-funcional dos idosos institucionalizados, o que compromete tanto o planejamento das ações internas nas instituições quanto à articulação com os serviços de saúde da atenção básica e especializada. Nesse sentido, a aplicação sistemática do IVCF-20 nas ILPIs possibilita a identificação de

padrões de risco, contribuindo para o direcionamento mais racional de recursos e para a implementação de intervenções mais efetivas pelas equipes de saúde.

Este estudo justifica-se, portanto, pela necessidade de produzir evidências aplicáveis à prática institucional, subsidiando estratégias interdisciplinares voltadas à manutenção da funcionalidade e à promoção da qualidade de vida. Assim, o objetivo deste estudo é avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência, por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), bem como descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes e analisar a distribuição dos níveis de vulnerabilidade nessa população.

2. Metodologia

Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) localizadas no estado de Minas Gerais. A amostra foi composta por todos os idosos institucionalizados que atenderam aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão foram: idosos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes nas ILPIs há pelo menos 3 meses, que obtiveram pontuação que garantia capacidade cognitiva preservada, conforme triagem pelo 10-point Cognitive Screener (10 CS). E os critérios de exclusão foram: condição clínica instável no momento da coleta, incapacidade de comunicação sem presença de representante legal, recusa em participar.

Instrumentos

10-Point Cognitive Screener (10-CS)

O 10- CS foi utilizado para a triagem cognitiva dos participantes. Trata-se de um instrumento breve e validado para o rastreio de comprometimento cognitivo, baseado em três domínios: orientação temporal, fluência verbal (nomeação de animais em um minuto) e memória de evocação de palavras. A pontuação varia de 0 a 10 pontos, sendo que escores ≥ 8 indicam desempenho cognitivo normal, 6 a 7 pontos sugerem possível comprometimento cognitivo leve, e ≤ 5 pontos indica comprometimento cognitivo provável, geralmente compatível com demência.

O instrumento permite ajustes de pontuação de acordo com o nível de escolaridade: indivíduos sem escolarização formal recebem +2 pontos (pontuação máxima de 10), enquanto aqueles com 1 a 3 anos de estudo recebem +1 ponto. Essa correção assegura maior precisão na triagem de idosos com baixa escolaridade, tornando o instrumento particularmente adequado ao contexto brasileiro.

No presente estudo, o 10-CS foi utilizado exclusivamente como critério de inclusão, a fim de assegurar que os participantes apresentassem condições cognitivas mínimas para compreender e responder adequadamente aos instrumentos de coleta de dados, especialmente ao IVCF-20⁵.

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20)

O IVCF-20 foi o instrumento principal utilizado para estratificação da vulnerabilidade. Trata-se de um instrumento validado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolvido para identificar, de forma prática e rápida, o nível de vulnerabilidade clínica e funcional de pessoas idosas. Ele foi

construído a partir do modelo multidimensional de saúde da pessoa idosa e contempla 20 itens distribuídos em oito domínios: idade, autopercepção de saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e múltiplas comorbidades. A pontuação total varia de 0 a 40 pontos, classificando os indivíduos em três estratos: robustos (0–6 pontos), em risco de fragilização (7–14 pontos) e frágeis (≥ 15 pontos).

No domínio **autopercepção de saúde**, avalia-se a percepção subjetiva do idoso em comparação com indivíduos da mesma idade. O domínio de **atividades de vida diária** inclui tanto as atividades instrumentais (como realizar compras, controlar finanças e executar tarefas domésticas) quanto as atividades básicas, como tomar banho de forma independente.

O domínio **cognição** investiga queixas de memória, piora recente e impacto dessas alterações nas atividades cotidianas. O domínio **humor** avalia sintomas depressivos, como desânimo, tristeza, desesperança e perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas.

O domínio **mobilidade** abrange múltiplos aspectos, incluindo a capacidade de alcance (elevação dos membros superiores), preensão e pinça (manuseio de objetos pequenos), capacidade aeróbica e/ou muscular — avaliada por indicadores como perda de peso, baixo IMC, redução da circunferência de panturrilha e lentidão da marcha — além da presença de dificuldade para caminhar e histórico de quedas.

O domínio **continência esfincteriana** investiga a presença de perda involuntária de urina ou fezes. Já o domínio de **comunicação** inclui a avaliação de limitações relacionadas à

visão e à audição que possam interferir nas atividades do cotidiano. Por fim, o domínio de **múltiplas comorbidades** considera a presença de uma ou mais doenças crônicas.

Esse instrumento destaca-se por sua aplicabilidade em diferentes contextos da atenção à saúde, podendo ser utilizado tanto na atenção primária quanto em instituições de longa permanência, por diversos profissionais capacitados, e possibilitando o direcionamento de estratégias individualizadas de cuidado conforme o grau de vulnerabilidade identificado. Além disso, sua adoção é recomendada nacionalmente, desde 2019, como ferramenta de triagem inicial para a avaliação multidimensional da pessoa idosa no âmbito do SUS, devido à sua confiabilidade, baixo custo e fácil operacionalização^{6,7}.

Ficha de identificação com informações sociodemográficas e clínicas básicas

Foi utilizada uma ficha padronizada elaborada para este estudo, contendo variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes para a caracterização dos participantes. As informações coletadas incluíram: idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de institucionalização, número de filhos, histórico ocupacional, uso contínuo de medicamentos, número de diagnósticos médicos registrados e presença de auxílio ou cuidadores.

Procedimentos de Coleta

A coleta ocorreu mediante visitas às instituições, em ambiente tranquilo e reservado. Os instrumentos foram aplicados por pesquisadores previamente treinados. A entrevista foi individual. Todos os dados foram registrados em fichas codificadas para garantir o anonimato.

Análise dos Dados

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel 365, com dupla digitação para verificação de consistência e identificação de eventuais erros. Em seguida, as informações foram exportadas para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, para a realização das análises estatísticas.

Realizou-se análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais. As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas (n e %), enquanto as variáveis contínuas foram descritas por média, desvio-padrão, valores mínimos e máximos. O escore total do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) foi calculado conforme as orientações do Manual de Aplicação do IVCF-20 (Rio Grande do Sul, 2023), resultando em uma pontuação variando de 0 a 40 pontos. Os participantes foram classificados em três categorias: robustos (0–6 pontos), em risco de fragilização (7–14 pontos) e frágeis (≥ 15 pontos)

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), por meio da Plataforma Brasil, sob o CAAE nº 89399725.0.0000.5112 (Parecer Consubstanciado nº 7.802.380 – UEMG/Passos). O estudo foi considerado de risco mínimo, relacionado apenas ao desconforto momentâneo durante as entrevistas, sendo garantido o direito de desistência a qualquer momento, sem

prejuízo ao participante. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação ética definitiva, e cada participante recebeu explicações detalhadas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa antes de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, Inciso IV.3, alínea “F”, assegurando que uma via do termo ficou em posse do participante. A privacidade e o sigilo das informações foram rigorosamente respeitados, com entrevistas realizadas em ambiente privativo, acolhedor e sem interrupções.

3. Resultados

Participaram do estudo 20 idosos residentes em duas Instituições de Longa Permanência. A idade variou de 62 a 85 anos ($74,1 \pm 7,3$ anos), com predomínio do sexo masculino (60%). A maioria declarou-se católica (70%), solteira (50%) e possuía ensino fundamental incompleto. O tempo médio de institucionalização foi de $7,2 \pm 6,3$ anos, variando entre 7 meses e 35 anos. A média de filhos foi de $1,3 \pm 1,7$, e 45% dos participantes eram brancos, seguidos por 35% pardos e 20% de outras raças ^{TABELA 1}.

Em relação às condições clínicas, todos os idosos apresentavam ao menos uma comorbidade, com média de $2,3 \pm 1,2$. As doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (70%), diabetes mellitus tipo II (35%), transtornos de humor (30%) e distúrbios do sono (25%). O uso de dispositivo auxiliar foi relatado por 30% dos participantes, incluindo bengala e andador ^{TABELA 1}.

TABELA 1. Características sociodemográficas e clínicas dos idosos institucionalizados.

Variável	Categoria/Intervalo
Idade (anos)	62 – 85 (média 74,1 ± 7,3)
Sexo	Masculino: 12 (60%) / Feminino: 8 (40%)
Estado civil	Solteiro: 10 (50%); Viúvo: 6 (30%); Casado/Divorciado: 4 (20%)
Tempo de institucionalização (anos)	7,2 ± 6,3
Número de filhos	1,3 ± 1,7
Religião	Católica: 14 (70%); Espírita: 2 (10%); Sem religião: 4 (20%)
Raça/Cor	Branca: 9 (45%); Parda: 7 (35%); Outras: 4 (20%)
Comorbidades	2,3 ± 1,2 (1 a 5)
Uso de dispositivo auxiliar	Sim: 6 (30%); Não: 14 (70%)

Na aplicação do IVCF-20, observou-se média de 15,3 ± 8,7 pontos, com escores variando entre 4 e 35. Quando classificados conforme o manual do

instrumento, 3 idosos (15%) foram considerados robustos, 5 (25%) em risco de fragilização e 12 (60%) frágeis ^{TABELA 2}.

TABELA 2. Classificação dos participantes de acordo com a faixa de pontuação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20).

Classificação do IVCF	Faixa de pontuação	n (%)
-----------------------	--------------------	-------

Robusto	0–6	3 (15%)
Em risco de fragilização	7–14	5 (25%)
Frágil	≥15	12 (60%)
Total		20 (100%)

De acordo com os dados apresentados na tabela, os domínios com maior frequência de comprometimento foram comorbidades múltiplas (100%), humor (50%), dificuldade de caminhar (35%) e alterações visuais (30%). Observa-se ainda presença de limitações em mobilidade (alcance: 10%; preensão em pinça: 5%) e dependência em atividades

instrumentais (50%). Adicionalmente, no item capacidade aeróbica e/ou muscular, 16 (80%) idosos apresentaram uma ou mais dessas alterações. Esses achados indicam um perfil com comprometimentos relevantes em múltiplos domínios, sugerindo risco aumentado de declínio funcional na amostra avaliada ^{TABELA 3.}

TABELA 3 – Caracterização dos domínios do IVCF-20 segundo frequência de comprometimento (n e %) em idosos avaliados (N = 20)

Domínios	Categoria	n(%)
Percepção de saúde	Regular/Ruim	6 (30%)
AVD Instrumental	Dependente	10(50%)
AVD Básica	Dependente	5(25%)
Cognição e/ou humor	Com alteração	4 (20%)
Mobilidade	Alcance	Com limitação 2 (10%)
	Preensão e pinça	Com limitação 1(5%)
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	Com alteração 16(80%)
	Dificuldade de caminhar	Com alteração 7(35%)

Quedas no último ano		Sim	4 (20%)
Incontinência urinária ou fecal		Sim	4(20%)
Comunicação	Visão	Com alteração	6(30%)
	Audição	Com alteração	3(15%)
Comorbidade Múltipla		Presente (≥1 critério)	20(100%)

4. Discussão

A avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional em idosos institucionalizados é fundamental para compreender o perfil assistencial das ILPIs e orientar a organização do cuidado. A estratificação dos níveis de vulnerabilidade permite identificar demandas específicas e orientar intervenções mais adequadas às necessidades dessa população. Os achados deste estudo delineiam um panorama consistente das condições de saúde dos idosos avaliados, evidenciando a complexidade clínica e funcional presente no ambiente institucional.

Observou-se um perfil heterogêneo, com predominância de indivíduos classificados como em risco de fragilização (40%), resultado consonante com Moraes et al.⁷ e Santos et al.⁸, que também identificaram elevada prevalência de fragilidade e risco funcional em ILPIs brasileiras. Em especial, Santos et al. (2021)⁸ encontraram aproximadamente 38% de fragilidade ao aplicar o IVCF-20 em contexto semelhante, reforçando a persistência de alta vulnerabilidade em ambientes institucionais, mesmo em amostras distintas. Esses dados indicam que as ILPIs concentram idosos com múltiplas demandas clínicas e funcionais, o que sustenta a necessidade de adoção sistemática de instrumentos de rastreio

como o IVCF-20.

A média etária elevada e o tempo prolongado de institucionalização sugerem uma população com demandas contínuas de cuidado, corroborando evidências que associam a institucionalização prolongada à perda de autonomia e ao aumento da dependência nas atividades de vida diária⁹. A elevada frequência de polifarmácia e o predomínio de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes, reforçam a importância do manejo medicamentoso estruturado e do acompanhamento multiprofissional¹⁰.

A distribuição equilibrada entre robustos, em risco de fragilização e frágeis evidencia que as ILPIs abrigam idosos com diferentes graus de comprometimento funcional, o que reforça a importância de avaliações sistemáticas utilizando instrumentos validados como o IVCF-20, conforme recomenda o Ministério da Saúde⁶. Esse tipo de triagem permite planejar intervenções individualizadas e priorizar o acompanhamento dos idosos com maior vulnerabilidade.

Entre os domínios mais comprometidos do IVCF-20, destacaram-se as comorbidades múltiplas, o humor, a dificuldade de caminhar e as alterações visuais, evidenciando um perfil de

vulnerabilidade clínica e funcional na amostra. A elevada frequência de comorbidades reforça a influência das doenças crônicas na redução da reserva funcional do idoso, enquanto as limitações relacionadas à mobilidade, especialmente a dificuldade de caminhar, estão em consonância com estudos que apontam a mobilidade reduzida como um dos principais determinantes de fragilidade e de desfechos adversos ⁴. O comprometimento do humor, observado em metade da amostra, corrobora a literatura que descreve alta prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados, frequentemente associados ao isolamento social e à perda de autonomia. Adicionalmente, as alterações visuais podem potencializar o risco de quedas e contribuir para maior dependência funcional. Destaca-se ainda a elevada frequência de comprometimento da capacidade aeróbica e/ou muscular, evidenciada por alterações em indicadores como IMC, perimetria de panturrilha e desempenho funcional, o que reforça a presença de possível sarcopenia e redução da aptidão física global ^{4,9}. Esses achados reforçam a necessidade de abordagens multidimensionais no cuidado ao idoso, e sugerem que estudos futuros incluam amostras maiores e avaliações funcionais objetivas, como o teste de sentar e levantar, para melhor estratificação do risco de fragilidade.

Do ponto de vista assistencial, a identificação precoce da vulnerabilidade permite direcionar intervenções focadas na preservação da funcionalidade, como programas de exercícios multicomponentes, estimulação cognitiva, manejo de polifarmácia e estratégias de promoção da saúde mental. Além disso, os dados obtidos podem subsidiar estratégias de cuidado interprofissional e fortalecer a articulação

entre ILPIs e a atenção primária, contribuindo para o acompanhamento clínico e a prevenção de internações evitáveis.

Este estudo possui algumas limitações. A amostra reduzida (n=20) e restrita a duas ILPIs de uma única região pode restringir a aplicação dos resultados. O delineamento transversal não possibilita a determinação de relações causais entre vulnerabilidade e fatores clínicos. Ademais, não foram conduzidos testes funcionais objetivos, como velocidade de marcha ou força de preensão, que poderiam ter complementado os resultados.

5. Conclusão

O presente estudo atingiu seus objetivos ao avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência por meio do IVCF-20. Observou-se que a população investigada apresenta perfis distintos de vulnerabilidade, distribuídos entre idosos robustos, em risco de fragilização (40%) e frágeis (30%). Além disso, verificou-se elevada frequência de comprometimento da capacidade aeróbica e/ou muscular, presente em 80% da amostra, evidenciando importante impacto na condição funcional desses indivíduos. Essa classificação permitiu identificar o grau de comprometimento funcional existente nas instituições participantes. Como solução para as limitações observadas, sugere-se a implementação de protocolos de avaliação semestral nas instituições e a capacitação das equipes para intervenções precoces, especialmente nos domínios de mobilidade, condicionamento físico e humor.

Por fim, a distribuição dos níveis de vulnerabilidade demonstrou que a maior

parte dos idosos encontra-se em risco de fragilização, reforçando a importância da avaliação sistemática e do uso de instrumentos validados para direcionar ações de cuidado, monitoramento contínuo e intervenções individualizadas dentro das ILPIs.

6. Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram que não há qualquer conflito de interesses relacionado à concepção, execução, análise ou divulgação deste estudo. O trabalho não recebeu apoio financeiro de fontes que possam influenciar seus resultados, e não há vínculos pessoais, comerciais, acadêmicos ou institucionais que possam ser interpretados como potenciais conflitos de interesse.

7. Referências

1. Sousa AL, et al. Fragilidade e vulnerabilidade em idosos: fatores associados e impacto sobre a funcionalidade. **Cad Saude Colet.** 2022;30(2):183–92. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020219>.
2. Taguchi TT, et al. Relação entre fragilidade e fatores sociodemográficos em idosos brasileiros institucionalizados: um estudo transversal. **Geriatr Nurs.** 2022;45:43–9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.002>.
3. Sena EB, et al. Aplicabilidade e relevância do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) na prática clínica e em serviços de saúde. **Cad Saude Publica.** 2021;37(2):e00246920. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246920>.
4. Navarrete-Villanueva D, et al. The relationship between physical fitness components and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. **Sports Med.** 2020;50(3):431–52. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40279-020-01361-1>.
5. Apolinário D, et al. Short cognitive performance test: the 10-point Cognitive Screener (10-CS). **Arq Neuropsiquiatr.** 2016;74(10):777–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20160106>.
6. Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. **Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20): orientações para profissionais da Atenção Primária à Saúde.** Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/Secretaria Estadual de Saúde; 2023. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br>.
7. Moraes EN, et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saude Publica.** 2016;50:81. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>.
8. Santos FF, et al. Vulnerabilidade e fragilidade em idosos institucionalizados: aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20). **Cad Saude Colet.** 2021;29(4):478–86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040119>.
9. Figueiredo LL, et al. Institutionalization and functional

capacity of older adults: an integrative review. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(supl 3):e20200052. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0052>.

10. Lini ER, Portella MR, Dorneles VG. Polifarmácia e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência: revisão integrativa. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** 2019;22(4):e190095. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190095>.
11. Mello AC, et al. Association between depression and functional capacity in institutionalized older adults: a cross-sectional study. **Geriatr Nurs.** 2021;42(6):1392–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.08.002>.